FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 305

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maurice, Jean, Claude PERPÈRE

Né le 25 Septembre 1919, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 11 MAI 1948 19.

RÉACTIONS ASTHMATIQUES APRÈS INTERVENTIONS RHINO-PHARYNGÉES

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

11 Mai 1948

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **PERPÈRE**

Prénom : **Maurice, Jean,Claude.**

Date de soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

PERPÈRE (Maurice, Jean, Claude). — Réactions asthmatiques après interventions rhino-pharyngées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

PERPÈRE (Maurice, Jean, Claude). — Réactions asthmatiques après interventions rhino-pharyngées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

PERPÈRE (Maurice, Jean, Claude). — Réactions asthmatiques après interventions rhino-pharyngées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

PERPÈRE (Maurice, Jean, Claude). — Réactions asthmatiques après interventions rhino-pharyngées. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 55 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Maurice, Jean, Claude PERPÈRE

Né le 25 Septembre 1919, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19.

RÉACTIONS ASTHMATIQUES APRÈS INTERVENTIONS RHINO-PHARYNGÉES

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON(JUSTIN
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles)
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale.	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie.	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale.	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie.	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), **BRINDEAU** (*Obstétrique*), **HUGUENIN** (*Anatomie pathologique*), **LE LORIER** (*Obstétrique*), **VAUDESCAL** (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550019_0040

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE
LE DOCTEUR ELIE PERCEPIED

A MON PERE
LE DOCTEUR E. PERPERE

Qui m'a suggéré l'idée de ce travail.

À MON MAITRE

LE PROFESSEUR FERNAND LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il me permette de lui exprimer ma respectueuse gratitude pour sa grande bienveillance et ses précieux conseils.

A MES MAITRES
DES HOPITAUX DE PARIS, STRASBOURG
ET CLERMONT-FERRAND

INTRODUCTION

Il nous paraît utile de spécifier tout de suite que nous entendons le mot d'intervention dans son acception la plus large, c'est-à-dire dans le sens de toute action dirigée localement sur les cavités naso-pharyngées, qu'elle soit proprement chirurgicale ou non. La suite de notre exposé justifiera cette précision.

⁂

L'asthme est essentiellement fonction de terrain — condition prédisposante encore mal précisée, mais indispensable — et les accès sont déclenchés sous l'influence des causes les plus diverses, allergiques ou autres. Mais il existe aussi, quoique non toujours, un certain nombre de causes dites favorisantes qui ont été englobées sous le nom d'épines irritatives et qui affectent tout particulièrement l'appareil respiratoire. Parmi celles-ci, les malformations et les lésions rhino-pharyngées occupent une place importante. Leur réalité s'est depuis longtemps imposée à la plupart des spécialistes et n'a pas manqué d'aiguiller l'action thérapeutique sur toute une série d'entreprises, soit médicales, soit plus souvent chirurgicales, destinées à normaliser l'anatomie des fosses nasales et du pharynx ou à remédier aux défectuosités fonctionnelles de ces cavités, malformations ou altérations étant à tort ou à raison considérées comme épines irritatives. Parfois aussi, en s'appuyant sur des considérations pathogéniques vala-

bles que nous ne pouvons développer ici, on pratique des interventions moins traumatisantes sur les fosses nasales (réflexothérapie).

L'efficacité fréquente de ces divers traitements n'est plus à démontrer et nombreux sont les asthmatiques qui bénéficient de ces thérapeutiques locales judicieusement pratiquées. Mais il n'en va pas toujours ainsi. Non seulement de telles interventions peuvent n'être suivies d'aucun effet, mais il arrive même que, loin d'apporter au malade le soulagement attendu, elles en aggravent les manifestations dyspnéiques. Il arrive encore que, pratiquées pour d'autres motifs chez des sujets jusqu'alors exempts d'asthme, elles en provoquent la première apparition. C'est un point qui fera l'objet d'un développement particulier de notre exposé.

Ces divergences de comportement des asthmatiques avérés ou en puissance après interventions rhino-pharyngées, ne sauraient surprendre, si l'on se rappelle à quel point l'asthme est aussi multiple dans ses éléments causaux intriqués que variable dans ses manifestations réactionnelles. « Il y a votre asthme et il y a le mien », disait WIDAL au témoignage du Professeur BEZANÇON. En dehors même des interventions rhino-pharyngées, tel autre acte chirurgical, parfois très éloigné de l'appareil respiratoire, tel traumatisme aussi est susceptible de déterminer soit une amélioration, soit une aggravation. Il n'est pas jusqu'au psychisme qui, en l'espèce, ne puisse jouer un rôle dans un sens comme dans l'autre, et l'on sait l'importance considérable des états émotionnels comme agents d'accentuation ou de frénation des accès asthmatiques. L'exemple personnel de TROUSSEAU est typique à ce point de vue et la conception psycho-somatique américaine actuelle de la pathologie ne fait que confirmer des notions sans étiquette depuis longtemps bien connues.

Il va de soi, après les considérations précédentes, que les faits d'apparition ou d'aggravation de l'asthme

consécutives aux interventions rhino-pharyngées sont, à l'heure actuelle, difficilement prévisibles. Nous aurons à envisager plus loin dans quelle mesure, assez faible il est vrai, on pourrait concevoir leur prévention.

Ces faits, d'autre part, ne paraissent pas fréquents et c'est pourquoi — nous tenons à le dire dès maintenant — ils ne sont pas de nature, sous quelques réserves que nous nous permettrons d'exprimer, à minimiser dans notre pensée la légitimité et la valeur de certaines interventions rhino-pharyngées dans l'asthme. Les recherches auxquelles nous avons pu nous livrer dans la littérature médicale n'ont, en effet, abouti qu'à un contingent de cas assez restreint. En outre, si quelques auteurs se montrent formels et présentent des travaux précis sur la question en en soulignant l'intérêt, la plupart ne signalent le rôle nocif possible de certaines interventions rhino-pharyngées que de façon incidente, sans paraître y attacher une importance notable.

Il est cependant permis de penser qu'en marge des cas publiés et considérés le plus souvent par les auteurs qui les signalent comme très exceptionnels, sans gravité et apparemment négligeables dans la grande masse de ceux qui se sont montrés favorables ou indifférents, un certain nombre de cas semblables aient pu passer inaperçus, tout au moins du rhinologiste qui, après une intervention demandée par le médecin traitant habituel, risque d'ignorer — comme nous en avons eu un exemple récent — les conséquences qui en sont résultées. L'impression nous est aussi donnée, à la suite de conversations qui nous avons eues avec des médecins versés dans la pratique de l'asthme et, d'autre part, après avoir colligé diverses observations recueillies par nous ou puisées dans nos dossiers familiaux, que les faits envisagés ici sont peut-être un peu moins rares qu'on ne le pense généralement.

En admettant même une extrême rareté des cas en question, leur possibilité ne nous paraît pas devoir être

négligée, au moins pour deux raisons. La première est qu'il ne semble pas indifférent de provoquer dans un but thérapeutique des réactions plus ou moins pénibles chez le patient alors que l'innocuité ou un effet salutaire lui ont été le plus souvent annoncés. La seconde est que, si les conséquences fâcheuses possibles des interventions rhino-pharyngées sont le plus souvent assez légères, ne se prolongent habituellement pas et peuvent même se muer, comme nous le verrons, en amélioration notable et persistante, elles sont susceptibles, dans des circonstances exceptionnelles, il est vrai, de présenter un caractère de haute gravité. L'observation d'une de nos malades, que nous présenterons avec quelque détail, nous en fournira la preuve. Elle seule suffirait pour inciter à une certaine prudence dans la décision et la technique des interventions nasales chez les asthmatiques.

HISTORIQUE

Le titre de ce chapitre peut paraître grandiloquent, en raison du caractère récent et pour ainsi dire contemporain de la doctrine des épines rhino-pharyngées dans l'asthme, partant, des interventions auxquelles elle a donné suite. Nos recherches ont porté sur les soixante et, particulièrement, les trente dernières années.

Cependant, nous ne pouvons résister à la tentation de nous reporter à la période de l'asthme qui, elle, pourrait bien être qualifiée d'historique, en rappelant les faits cités par TROUSSEAU, asthmatique lui-même et grand connaisseur en la matière, comme on sait. L'illustre clinicien signale des cas où l'attouchement « de la paroi postérieure du pharynx avec un gros pinceau trempé dans un mélange à parties égales d'eau et d'ammoniaque liquide » a provoqué chez des asthmatiques « des accidents formidables ». Mais il est évident que la présence de l'ammoniaque affaiblit singulièrement la valeur de ces observations en ce qui concerne notre sujet.

La question a été véritablement soulevée à la suite du classique succès de VOLTOLINI enlevant les polypes d'un asthmatique; d'autres essais suivent, avec des réussites et des échecs; en quelques années les résultats sont jugés très inconstants et l'opération parfois génératrice de crises asthmatiques. En même temps se fait jour l'hypothèse des zones réflexogènes, dont TORSTENSSON étudie la possibilité.

Viennent deux livres, celui de SCHMIEGELOW, en 1890, qui envisage l'asthme dans ses rapports avec le nez et fait mention de sept malades réagissant vivement à diverses thérapeutiques nasales, et « l'Asthme » de MONCORGÉ, en 1909.

Puis Dundas GRANT rapporte, en 1913, le cas d'un asthmatique qu'une intervention sur le nez a aggravé primitivement et apaisé secondairement.

Le 3 avril 1925, au cours d'une séance de la Section de Laryngologie de la Royal Society of Medicine consacrée aux résultats des opérations rhino-pharyngées dans l'asthme, M.-C. TOD chiffre ses recherches personnelles et signale sept aggravations.

L'année suivante, HALPHEN et BAUDOIN étudient de façon très précise les réactions d'un enfant asthmatique, qu'ils ont soumis avec succès à la réflexothérapie nasale.

En 1928, Burton HASELTINE s'élève contre les interventions systématiques sur le nez des asthmatiques et leurs « suites parfois dramatiques », travail suivi, à un an, par un autre de Cl. FRANCIS, riche de onze observations et d'un essai de prévention.

S'éloignant du point de vue du rhinologiste, PASTEUR-VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER et F. CLAUDE étudient, en 1931, l'influence des interventions chirurgicales en général sur les crises d'asthme; nous leur emprunterons trois observations.

Les années 1931 à 1936 sont riches de publications car, un an plus tard, A. FRANCIS, revenant sur son livre « Asthma in relation to the nose », raconte, avec une pointe de satisfaction personnelle, l'histoire de deux porteurs de polypes déçus par les traitements chirurgicaux subis.

En juin 1932, au premier Congrès International de l'Asthme au Mont-Dore, BOURGEOIS, HALPHEN et JACQUELIN font allusion — à côté de bénéfices incontes-

tables — aux risques des interventions sur le nez des asthmatiques.

La même année encore, deux accidents dus à une anesthésie locale sont rapportés par WALDBOTT et, au cours d'une nouvelle séance consacrée à Londres aux rhinites vaso-motrices, STORM VAN LEEUWEN communique une statistique, intéressant notre point de vue, de ses malades asthmatiques.

En 1935 et 1936, JACQUELIN et CHAIT publient trois études sur l'asthme et le nez et attirent l'attention sur huit aggravations opératoires qu'ils ont observées.

Les dernières observations que nous avons trouvées dans la littérature sont, en 1939, celles de BOURNE, relatives à des accidents avec traumatisme naso-crânien générateur d'asthme.

Enfin, l'avant-guerre voit encore deux statistiques portant sur plusieurs centaines de cas, celle de PINDESS et MILLER, en 1939, complétée l'année suivante par celle que publient HANSEL et CHANG sur un travail de COHEN.

D'après les documents que nous avons pu consulter, il semble que les complications asthmatiques, après des interventions rhino-pharyngées, aient été particulièrement observées dans les milieux anglo-saxons, ce qui s'explique dans une certaine mesure par la fréquence et l'intensité de l'asthme chez les Britanniques et les Américains.

Nous n'avons rien trouvé dans la littérature allemande et il ne nous a pas été donné de connaître d'autres communications qui ont pu aborder le sujet dans de nombreux pays, notamment dans les Amériques.

FAITS CLINIQUES

Nous voudrions d'abord rappeler deux expériences de TORSTENSSON sur des sujets consentants :

> A l'un, ancien asthmatique « guéri », il introduisit une sonde, dont l'extrémité était garnie d'une petite boule, entre le cornet supérieur et la cloison : éternuements répétés, suivis d'une crise d'asthme typique, celle-ci aggravée par la reproduction de la même manœuvre du côté opposé, calmée par anesthésie à la cocaïne, mais laissant pour une demi-journée une sensation d'oppression dans la poitrine. Même essai en d'autres points de la muqueuse, sans résultat.
>
> A l'autre, sujet à un « catarrhe nasal chronique », non à l'asthme, pose d'une boule de coton au même endroit : crise d'asthme quelques heures après.

L'auteur n'a pu pratiquer la contre-épreuve chez des sujets sans antécédents respiratoires et il a surtout voulu démontrer l'existence d'une zone réflexogène. Ce qui est essentiel, au point de vue envisagé, c'est qu'il ait pu, avec une idée préconçue, provoquer un état d'asthme par un simple attouchement nasal. Ce qu'il a réalisé d'une façon expérimentale existe dans la pathologie fortuite que nous allons voir.

Nous étudierons successivement :

— les observations dans lesquelles le traumatisme, chirurgical ou accidentel, a été suivi de la première crise d'asthme présentée par le sujet,

— et celles où il n'a qu'aggravé ou réveillé un asthme ancien.

ASTHME DE PREMIERE MANIFESTATION

Nous envisagerons ici deux catégories de patients, suivant que ceux-ci se présentent sans antécédents imputables au terrain asthmatique ou qu'ils se trouvent porteurs d'un terrain suspect.

Terrain vierge.

Ce sont les sujets libres de passé atavique ou personnel et chez qui l'observateur ne signale aucune parenté morbide avec l'asthme. Il est possible que, sur le nombre des cas publiés, qui ont manifesté leur première crise d'asthme à la suite d'une intervention chirurgicale, la question du passé pathologique ne se soit pas trouvée suffisamment approfondie avant une conclusion négative; il n'en reste pas moins que cette lacune ne pourrait porter que sur quelques observations et que leur ensemble garde sa valeur.

Les interventions en cause s'adressent aussi bien au pharynx qu'au nez.

Les quatre premiers cas que nous allons voir portent *sur le pharynx* et concernent des enfants; aussi n'est-il pas étonnant que la crise observée soit la première de leur vie.

Nous devons à l'amabilité de F. Claude l'observation d'un garçon de neuf ans :

> M. C..., a été opéré des végétations à quatre ans. Aussitôt après, apparition d'une crise d'asthme très forte, de quatre à cinq jours. Depuis, trois crises semblables à la suite de refroidissements.

Voici un autre cas où l'asthme, malgré l'intensité de son début, ne s'est pas prolongé très longtemps (obs. E. PERPÈRE) :

> Michel V... a vu apparaître son asthme à l'âge de quatre ans, en 1937, après l'ablation de végétations ; depuis, il a eu des accès fréquents et forts. En 1946, il fait une cure au Mont-Dore avec un très bon résultat malgré une légère crise de retour. En automne, il subit l'ablation de polypes sans aucune réaction. En 1947, il termine en excellente santé une deuxième cure thermale.

Les deux cas suivants ont présenté un caractère plus tenace.

L'un est rapporté par PASTEUR-VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER et F. CLAUDE :

> « Mlle Lé..., sept ans et demi. Première crise d'asthme survenue à trois ans et demi, après une ablation d'amygdales et de végétations adénoïdes. Les crises sont toujours nocturnes, très violentes, accompagnées de toux, de larmoiement et d'hydrorrhée ; au début, elles survenaient chaque mois par périodes de trois à quatre nuits, puis elles apparurent chaque nuit ».

L'autre, d'allure dramatique, nous a été obligeamment communiqué par L. MICHELET :

> Enfant D..., trois ans, opérée des végétations au cours du printemps 1935 par un O. R. L. des hôpitaux. Quelques semaines après l'intervention — pratiquée dans de bonnes conditions en maison de santé — des crises d'asthme s'installent. Elles disparaissent durant l'été suivant pour reparaître aux premiers jours d'automne, mais cette fois avec une intensité et une fréquence accrues : éternuements et toux incessante, dyspnée continuelle, aussi bien le jour que la nuit. Au bout de huit jours, le pouls devient filant, le visage pâle, les lèvres

et les extrémités cyanosées, la respiration stertoreuse; état comateux ; en un mot aspect clinique d'asthme « mortel » avec état syncopal et asphyxie. Une dose d'ouabaïne intramusculaire — après bien d'autres thérapeutiques — ramène l'enfant à la vie (en même temps qu'une poussée d'urticaire généralisée). Après une accalmie de huit jours, nouvelle crise aussi dramatique : une nouvelle dose d'ouabaïne jugule cette fois encore la dyspnée. Depuis cette époque, l'enfant n'a plus jamais fait de crises.

Ainsi, dans ces deux observations, l'asthme a évolué avec plus d'intensité qu'il n'avait commencé; on peut évidemment en inférer que l'acte chirurgical n'a été que le facteur déclenchant et que, malgré les apparences, le terrain était prêt pour une évolution asthmatique.

Au niveau du nez, les interventions les plus variées (dont nous verrons plus loin d'autres exemples), peuvent susciter le premier accès d'asthme.

Souvent, il s'agit de l'*ablation de polypes* et un malade de DEBIDOUR a dit « que son asthme datait exactement du moment où on lui avait enlevé des polypes », un client de M.-F. KAHN également.

Deux autres cas sont rapportés avec malice par A. FRANCIS, deux qu'il a pris parmi beaucoup d'autres et pour qui il avait porté un pronostic juste :

La première crise d'un asthme sévère datait de l'ablation de polypes. Par trois fois, la même intervention aggrava l'état du malade, qui en fut à trente injections d'adrénaline par jour.

Le second patient, après un début identique, fut soulagé de son asthme par des moyens médicaux pour une durée de sept ans et récidiva sur une nouvelle extirpation de polypes, sans que la médication de Francis put avoir cette fois le même succès.

Trois ans plus tôt, Cl. FRANCIS avait publié un cas analogue et peu sont aussi convaincants :

> M. J. J. A..., soixante-dix ans, a eu, vingt-quatre ans auparavant, une opération « radicale » pour polypes. La première crise d'asthme que le patient ait jamais présentée vint dans la demi-heure et l'affection s'est maintenue depuis avec intensité. Le malade a subi dix interventions sur le nez, beaucoup d'entre elles sur la région ethmoïdienne et, sans exception, chacune a aggravé son asthme, jusqu'à nécessiter trente injections d'adrénaline quotidiennes.

Observation curieusement voisine de la suivante (E. PERPÈRE) :

> M. T..., d'une quarantaine d'années, sujet à des bronchites fréquentes, a vu apparaître son asthme pour la première fois il y a sept ans, après ablation de polypes.
>
> Cette opération a été pratiquée depuis à cinq reprises, toutes suivies de crises fortes pour une durée de plusieurs mois, puis de répit pour un temps au moins égal.

Cette fidélité de la réponse à l'excitation prend la valeur d'une expérience. Sans doute, ces patients, de bonne composition, avaient-ils besoin d'un exutoire et M. T..., ne pouvait-il passer de nycthémères eupnéiques qu'après avoir laissé à ses polypes le temps de repousser.

La note déjà ancienne de HURST, lui-même asthmatique, ouvre la liste des accidents consécutifs aux *turbinectomies* et aux *cautérisations de cornets :*

> « Un des cas les plus graves que j'aie jamais vus était celui d'un homme de cinquante ans qui eut sa première attaque d'asthme immédiatement après l'ablation d'un cornet hypertrophié. »

Turbinectomie dans un cas, galvano-cautérisation dans un autre (E. PERPÈRE) :

> M. Z..., qui n'a eu aucun équivalent antérieur, est revenu très affaibli d'un camp de concentration.
>
> En juin 1946, à quarante-six ans, il fait sa première crise d'asthme trois jours après une galvano-cautérisation du cornet inférieur gauche hypertrophié.
>
> D'intensité moyenne, l'asthme persiste malgré plusieurs thérapeutiques parmi lesquelles la seule théophylline en suppositoires est efficace. LEMARIEY déconseille tout traitement nasal. Cure au Mont-Dore, en 1947 : le patient est parti en excellent état.

Sur le même sujet, VALIN cite quatre clients qui,

> « Indemnes jusque-là d'asthme, ont vu des crises survenir : deux après une résection d'éperon de la cloison, et deux après cautérisation ignée pour rhinite hypertrophique. »

Autre cause, même effet : un *agent chimique,* non des moindres il est vrai, a pu déchaîner une crise d'asthe, comme chez un malade de SCHMIEGELOW, en 1888 :

> « Un homme de vingt-huit ans est traité pour épistaxis par une cautérisation de la tache vasculaire à l'acide chromique, d'où une violente attaque d'asthme, particulièrement marquée la nuit et disparaissant au bout de quelques jours. »

à moins que les vapeurs d'acide chronique, entraînées vers les bronches, n'y soient pour quelque chose.

L'existence d'asthme consécutif à un *choc accidentel* constitue une notion précieuse et les deux constatations de BOURNE donnent un relief singulier au rôle asthmogène possible des traumatismes nasaux :

> Une jeune fille de dix-sept ans, coursière, est renversée de bicyclette le 29 juin 1932 : coma, plaie étoilée

laissant le frontal à nu, contusions de la face et des membres. Au bout de cinq jours, les signes cérébraux régressent rapidement et l'on découvre une fracture des os propres, qui n'est pas traitée.

Le 7 août 1932, quarante et un jours après l'accident, crise d'asthme très sévère, suivie d'autres. En novembre, la rhinoscopie montre une déviation de la cloison, attribuée à l'accident. L'asthme continue pendant seize mois, régressant au cours de l'été 1933, mais avec des crises encore longues et intenses; la malade devient cyphotique, dyspnéique et cyanosée, incapable de travailler.

En mars 1934, résection de la cloison : l'asthme diminue — lentement — d'intensité jusqu'au mois de mai, date de la dernière crise.

Un officier de quarante ans est blessé dans un accident d'automobile le 18 août 1935 : commotion cérébrale, plaies du front et de la région orbitaire gauche, fracture du péroné et contusions diverses; vingt-quatre heures de coma.

Le 4 octobre, au bout de quarante-sept jours, crise d'asthme intense; le rhiniste, consulté pour la première fois, trouve la cloison déviée à gauche et le sinus maxillaire gauche opaque.

Le 25 novembre, résection de la cloison, ce qui amène la régression de l'asthme; la dernière crise date de janvier 1936.

Bourne, commentant ces observations, fait la part de la violence du choc et des à-côtés psychiques (enquête, procès). Nous ne sommes pas ici dans les conditions idéales d'une expérimentation sûre, car au traumatisme nasal s'ajoute le choc cérébral, mais nous pensons que le premier, non le second, constitue le facteur asthmogène, parce que l'asthme a été guéri par la résection de la cloison, et ce d'autant plus vite que l'inter-

vention a été précoce. Notons que ces deux accidents sont arrivés à des bien-portants, à des sportifs.

Ces faits, qui mettent en évidence le rôle de la blessure, sont à rapprocher de la remarque de H. Bourgeois : « On a vu le coryza spasmodique réveillé par un choc sur le nez ».

Autant de traumatismes qui viennent de l'extérieur, et nous ne pouvons manquer d'y joindre la notion de traumatisme interne — un cas d'asthme dû à un corps étranger intra-nasal — rapporté par Mattei (Moncorgé).

Terrain suspect.

D'autres malades ont fait leur première crise post-opératoire, qui présentaient déjà des manifestations ou une hérédité de l'ordre « neuro-arthritique ».

Tel est le cas dans l'observation que nous devons à l'amabilité de L. Michelet, où le facteur suspect est *atavique :*

> Le père de la malade était asthmatique. La première crise date de l'âge de deux ans, vingt-quatre heures après une opération pour amygdales et végétations. Les crises ont continué avec des épisodes de répit jusqu'à l'âge de cinq ans et ont repris à vingt-sept ans, sous une forme sévère, à l'occasion de la guérison d'un eczéma.

Mais plus souvent, — c'est une notion courante — lorsque terrain il y a, l'asthme remplace une affection équivalente déjà localisée sur le même appareil, en l'occurrence un *coryza spasmodique*. Chez de tels malades, sans qu'on ait à attribuer à l'intervention un rôle directement asthmogène, celle-ci prend l'allure de facteur d'une métastase diathésique, comme dans une observation de Jacquelin et Bonnet, où il a fallu neuf mois pour que la mutation se produise :

M. B..., dont un grand-père était asthmatique, a été sujet au rhume des foins de 1920 à 1924, remplacé de 1924 à 1927 par un coryza spasmodique apériodique, spécialement provoqué par les odeurs, surtout celle d'encre d'imprimerie. M. B... n'a jamais eu d'asthme.

En octobre 1928, il subit la résection d'un cornet moyen hypertrophique, plusieurs cautérisations des cornets, et guérit.

Mais à partir de juillet 1929, l'asthme se développe progressivement, sans retour du coryza ; il a pu être amendé par l'autohémothérapie.

La plupart du temps d'ailleurs, le délai est plus court et il y a report plus direct du nez sur les bronches, comme dans les observations qu'ont unies PASTEUR-VALLERY-RADOT, P. BLAMOUTIER et F. CLAUDE :

« Mlle de la N..., vingt-neuf ans. A dix-neuf ans, avait eu en même temps de l'eczéma et du coryza. A vingt-cinq ans, à la suite d'une amygdalectomie ,le coryza disparaît et est remplacé par des crises d'asthme : crises fréquentes, surtout nocturnes ».

« Mme Ep..., coryza spasmodique. La malade est opérée, il y a cinq ans d'une hypertrophie des cornets : le coryza disparaît, mais des crises d'asthme surviennent ; elles sont toujours plus accentuées cinq jours environ avant les règles ».

C'est, sur les mêmes facteurs, une évolution identique que rappelle H. BOURGEOIS, dont une malade

« Guérie d'un terrible coryza vaso-moteur par l'ablation d'un cornet moyen hyperesthésique, ne commença qu'ensuite à souffrir d'un asthme bronchique encore plus pénible. »

Interventions différentes avec le même résultat, voici deux autres observations que nous a aimablement communiquées F. CLAUDE :

M. G..., trente-cinq ans, ancien bacillaire, migraineux, sujet depuis l'enfance à un coryza spasmodique permanent, plus marqué au printemps, sans hydrorrhée.

En mai 1933, résection de la cloison déviée. Le coryza s'atténue et disparaît progressivement ; mais huit jours après l'intervention, apparition d'une première crise d'asthme, puis d'autres, de plus en plus rapprochées et violentes.

Sensible à l'aspirine.

A. M..., vingt-neuf ans, en excellente santé jusqu'en 1941, à part un léger coryza spasmodique.

Il a été gêné depuis un an par des polypes qui ont été enlevés au cours de quatre interventions rapprochées portant sur les deux côtés. Ebauches antérieures de crises d'asthme, petite crise nette dès la première intervention.

Peu de temps après, fin novembre 1941, opération pour déviation de la cloison, insuffisante semble-t-il. Quelques maux de tête, aspirine. Progressivement se développe une sensibilité à l'aspirine : tout se passe comme si cette sensibilité avait été provoquée par les interventions. Le 8 janvier 1942, première crise d'asthme forte, suivie d'autres, sérieuses. Le coryza persiste.

En mai 1942, nouvelle opération au niveau de la cloison, par le Professeur Terracol, cette fois, sans réaction, qui entraîne la disparition du coryza spasmodique. L'asthme reste.

Ce cas montre bien la variabilité des réactions chez de tels malades : le coryza a persisté après les premières interventions; sur la dernière, faite avec soin, il a disparu. Notons cette sensibilisation à l'aspirine, que nous retrouverons plus loin.

Nous ne possédons aucun cas d'asthme remplaçant une trachéite spasmodique à la faveur d'un traumatisme; cela tient évidemment à ce que cette dernière

affection se prête plus mal à l'action du spécialiste et au hasard d'un accident, mais la chose n'est pas impossible.

D'autres malades ont eu la malchance, en manifestant de l'asthme, de garder leur coryza spasmodique, tels les deux suivants, observations non publiées de F. CLAUDE :

> Mme R..., trente-huit ans, atteinte de coryza spasmodique printanier.
>
> En juin 1940, ablation de polypes à gauche. Le soir même, première crise d'asthme, violente, nécessitant l'emploi d'Evatmine et durant une demi-heure.
>
> En octobre 1940, même opération du côté droit, sans réaction particulière, mais les crises d'asthme ont continué. L'asthme s'est ajouté au coryza spasmodique.

> Mme M..., trente et un ans. Rhume des foins depuis l'âge de treize ans, chaque année. A vingt-neuf ans, opération d'une déviation de cloison. Quelque temps après, ablation de polypes nasaux. Depuis, son rhume des foins s'est compliqué d'asthme tout en étant lui-même très intense. L'hiver suivant, réapparition de l'asthme. Depuis, la malade a de l'asthme toute l'année, en plus de son rhume des foins.
>
> Terrain hépatique. Hypersensibilité aux pollens et aux odeurs de fleurs. La malade est fleuriste et ne peut plus entrer dans sa boutique.

L'ablation des polypes semble ici avoir été, quant à l'état asthmatique, plus nocive que la résection de la cloison. Quoi qu'il en soit, ces deux interventions ont été trop rapprochées l'une de l'autre pour nous permettre de connaître avec certitude la réponse clinique de la malade à la première : il eût été intéressant de pouvoir comparer les deux réactions.

ASTHME PRE-EXISTANT

Si l'asthme peut trouver sa première manifestation après une intervention rhino-pharyngée, les observations ne manquent pas où il a été simplement réveillé par une telle opération. C'est là une notion beaucoup plus banale que la précédente; néanmoins, nous verrons qu'il y a quelque profit à tirer des observations que nous allons présenter.

Ce sont ainsi, sur deux cent deux patients qu'elle a suivis, les sept cas rapportés par M.-C. Tod et succédant :

> Un à l'ablation des amygdales et des végétations,
> Deux à la résection de la cloison,
> Quatre à une cautérisation.

Aucun à l'*extirpation de polypes,* manœuvre qui nous fournit pourtant un fort contingent, à commencer par le malade de Thacker Neville :

> « L'ablation de polypes en présence de pus — c'est à-dire d'une sinusite — a eu entre mes mains un résultat dramatique. »

et sept autres dont parle Cl. Francis.

Les deux observations suivantes sont inédites (E. Perpère) :

> M. G... a de fortes crises asthmatiques depuis 1944 (il avait alors quarante-cinq ans).
>
> Il a présenté une très sérieuse aggravation, après l'ablation très soignée, de nombreux polypes.
>
> Les polypes n'ont pas récidivé.
>
> M. Tch..., âgé de quarante ans à l'époque, est sujet depuis 1938 à un asthme modéré, très sensiblement amélioré par une cure au Mont-Dore l'année suivante.

En 1940, après l'ablation de polypes bilatéraux, sans incident, il fait une deuxième cure et se porte très bien pendant dix-huit mois. Il subit la même intervention et la supporte aussi bien, en 1943, 1944 et 1946 ; depuis 1943, il fait une cure thermale annuelle.

Au printemps de 1947, nouvelle ablation de polypes qui, contrairement aux précédentes, est très poussée et le malade présente une réaction asthmatique forte qui dure six semaines. Il fait une septième cure et la termine en excellent état.

Ces deux malades ont en commun le caractère très accentué de l'intervention : c'est le soin avec lequel elles ont été pratiquées qui semble avoir provoqué la récidive asthmatique ; c'est net pour M. Tch..., probable pour le précédent, comme si un minimum de masse polypeuse était indispensable à leur équilibre physiologique.

Il n'est même pas besoin d'un geste chirurgical sur la muqueuse nasale pour déclencher une crise d'asthme. C'est ainsi que les *corps pulvérulents,* qui font partie de l'expérience quotidienne des asthmatiques, ne se sont pas trouvés plus anodins lorsque employés à des fins thérapeutiques. Témoins les trois malades de SCHMIEGELOW, qui ne souffrent plus aujourd'hui de leurs crises, provoquées par des insufflations, chez l'un de lapis, chez les deux autres de nitrate d'argent pulvérisé.

Et puisque ces corps présentent un aspect chimique, adjoignons leur — autre emprunt au même auteur — le cas d'une femme qui faisait de violentes crises après lavage du nez au sublimé à 1 p. 1.000.

Mieux, une simple *action locale anesthésiante,* à laquelle on prêterait *à priori* un rôle calmant, maintes fois vérifié d'ailleurs, peut être un facteur de résur-

gence ou d'empirement de l'asthme, et c'est de quoi nous avise WALDBOTT :

> Une fillette de douze ans, relevée d'un asthme ancien depuis quatorze mois, est sujette à des épistaxis. Avant cautérisation, la tache vasculaire est touchée avec un cristal de cocaïne, manœuvre qui déclenche une crise d'asthme tellement rapide et forte que la suite de l'inlieu.
>
> Six semaines plus tard, nouvel essai, même résultat. Cuti-réaction pas franchement positive à la cocaïne.

L'auteur attache justement une plus grande valeur conclusive à cette observation qu'à la suivante, qui ne peut néanmoins que nous inciter à la prudence :

> Miss L. P... avait une crise d'asthme extrêmement sévère, qui résistait à toutes les médications et conduisit à anesthésier l'arrière-nez à la procaïne : la mort vint en quelques minutes.

C'est certes un accident qui n'est pas l'apanage des asthmatiques, d'autant plus ici que l'auteur n'en détaille pas les derniers instants, mais qui a pu être rendu possible par le terrain et l'état présent de la malade; de plus, l'anesthésie a porté sur la partie postérieures des fosses nasales, lieu très réflexogène et nous savons que « l'asthme en période très aiguë peut être aggravé par le traitement (la réflexothérapie), aussi faudra-t-il le rejeter en pleine crise et le faire prudemment dans les crises moins intenses » (AUBRY).

Ceci nous amène à deux autres observations, qui ont trait à la *réflexothérapie* nasale délibérément pratiquée.

Dès 1926, HALPHEN et BAUDOIN avaient publié l'histoire très détaillée d'un enfant soumis à cette épreuve; nous ne pouvons que la rappeler très sommairement :

> R... Pierre, huit ans, a eu à deux ans une bronchopneumonie grippale et, de cet âge jusqu'à sept ans, a

présenté un très intense accès d'asthme par mois, précédé d'une crise d'éternuements et d'hydrorrhée nasale ; l'ablation des végétations n'amende rien. Les crises se rapprochent. L'attouchement au Bonain de la région hilaire déclenche presque immédiatement un spasme laryngo-bronchique qui dure une grande heure, très impressionnant. L'enfant réagit encore à deux attouchements, pas à un quatrième. L'asthme a disparu.

Notons que, si le terrain se prêtait à toute sorte de réponse d'ordre sympathique (mais n'était-ce pas le but cherché ?), la réaction de l'enfant R... au Bonain n'était pas de nature asthmatique. Qu'importe, le résultat en valait la peine. Le cas n'est d'ailleurs pas unique : dans les mêmes conditions, HALPHEN a provoqué, surtout chez l'enfant, plusieurs cas de crises d'asthme, celles-ci typiques, avec le même succès ultérieur et l'exemple a été suivi avec plus ou moins de réussite.

Dans notre dernier cas (obs. E. PERPÈRE) sur ce sujet, l'épreuve n'a pas été continuée, mais l'asthme préexistant était très discret et, quelque fut le traitement mis en œuvre, laissait plus de place à l'aggravation qu'à la rémission :

Mme D... a fait de nombreuses cures au Mont-Dore pour fragilité respiratoire et tendances asthmatiques rares et légères.

Elle n'a eu qu'une crise forte, en 1937, à cinquante-sept ans, après un attouchement nasal au Bonain. La tentative n'a pas été renouvelée. La malade est un peu gênée par quelques polypes muqueux, mais ne songe pas à en demander l'ablation, qui lui est du reste déconseillée.

Sauf deux cas de F. CLAUDE, que nous avons rapportés (pages 28 et 29), chacun des asthmatiques dont nous avons parlé n'a été soumis qu'à une intervention, unique ou répétée et toujours la même. Nous détachons ici l'observation de la malade à laquelle nous avons

fait allusion dans l'introduction et qui est presque une synthèse des cas envisagés ci-dessus; à ce point de vue comme à d'autres, elle nous semble particulièrement intéressante.

Madame A. B..., cinquante-sept ans. De père asthmatique, elle a débuté dans l'asthme à l'âge de quatorze ans, avec des crises parfois fortes, ayant nécessité plusieurs hospitalisations.

En 1919, *crise sévère, mais brève, ayant succédé à la galvano-cautérisation des cornets inférieurs; amélioration consécutive.*

En 1933, cure thermale au Mont-Dore : « 70 % d'amélioration », dit le mari de la malade. En 1934, deuxième cure : « 95 % ». Au printemps de 1935, *ablation très poussée de gros polypes bilatéraux des fosses nasales, presque immédiatement suivie d'une crise très forte,* alors que la malade n'avait pour ainsi dire pas eu d'asthme depuis deux ans. L'état asthmatique se poursuit avec une atténuation modérée et quelques semaines plus tard, la patiente arrive encore très dyspnéique au Mont-Dore, où son mari a dû l'accompagner. Cure thermale et séjour d'altitude prolongé. Etat parfait au départ de la station.

En 1936, *extirpation prudente de quelques polypes seulement,* après une injection désensibilisante (?) : *aucune réaction.*

L'année suivante, *même intervention, même résultat.* Etat très satisfaisant pendant quatre ans.

En 1941, reprise modérée de l'asthme, pour laquelle la malade est traitée, à une semaine d'intervalle, par *trois attouchements de la queue des cornets moyens avec le mélange de Bonain;* ces manœuvres n'ont provoqué ni douleur immédiate, ni réaction fâcheuse ultérieure, mais au contraire l'*amélioration* des troubles asthmatiques.

Quatre années de répit.

En novembre 1946 pour une nouvelle poussée d'asthme, d'ailleurs légère, *un seul attouchement au Bonain, mais cette fois insistant et prolongé, détermine de vives dou-*

leurs, ainsi qu'une petite épistaxis, et est suivi, quatre heures après, d'une crise très sévère et incoercible. Un état de mal très grave s'installe et une issue fatale semble imminente. Un abcès de fixation amorce heureusement quelques jours plus tard une détente respiratoire qui se prolonge par une amélioration continue. Trois mois après, à l'occasion d'une rechute, moins sévère il est vrai, nouvel abcès de fixation suivi d'un soulagement progressif.

En juin 1947, Mme A. B... revient au Mont-Dore avec des manifestations dyspnéiques atténuées et fait deux cures thermales à trois semaines d'intervalle.

Depuis cette époque, elle ne souffre plus de son asthme ; elle est en excellente santé, au point qu'elle a pu, au cours de l'hiver 1947-1948, se livrer sans difficulté aux sports de neige dans les Alpes.

L'histoire de cette malade présente plusieurs points particuliers : les crises les plus sévères qu'elle ait faites ont par trois fois suivi de près des interventions portant sur le nez.

L'une de ces crises — nous insistons — a failli entraîner la mort.

Les interventions ont été différentes les unes des autres : une galvano-cautérisation de cornets, l'ablation très poussée de polypes, une séance de réflexothérapie prolongée.

Notre malade n'a répondu à l'excitation qu'au-delà d'un seuil : la première extirpation de polypes a été très large et néfaste, les deux autres discrètes et bien supportées. De même, trois applications de Bonain ont été salutaires, la quatrième plus longue et asthmogène. Au-dessous du seuil, le résultat était bon.

Voilà donc des asthmatiques qui ont répondu à bien des excitations diverses, dont nous ne prétendons pas

avoir fait le tour. Au demeurant, il ne s'agissait pas dans notre esprit d'être complet. Nous avons seulement voulu montrer que l'ensemble ici présenté — qui peut faire figure de compilation — constitue une réalité dont il faut tenir compte.

COMMENTAIRES

FRÉQUENCE DES RÉACTIONS.

Les quelques observations que nous avons rapportées ne doivent pas nous induire en erreur sur la fréquence des accidents : ces accidents sont rares, relativement aux interventions couramment pratiquées, mais assez nombreux en quantité absolue. Si nous doutions à ce sujet, il nous suffirait de consulter quelques statistiques publiées :

Celle de STORM VAN LEEUWEN, dont 2,5 % des asthmatiques font remonter leur état à une intervention sur le nez, et un sur deux cents se plaint d'une aggravation ; mais nous ne savons malheureusement pas combien de cas a observé l'auteur.

PINNESS et MILLER donnent plus de détails : « De six cent quatre-vingt cinq enfants allergiques dont on puisse retenir l'histoire, cent seize, soit 17 %, manifestèrent leurs premiers signes de franche allergie après amygdalectomie et beaucoup d'autres accusèrent l'aggravation de symptômes jusque-là discrets ».

A ces chiffres, HANSEL et CHANG en ajoutent d'autres empruntés à COHEN : « De deux cent vingt-six patients amygdalectomisés avant l'apparition de signes d'allergie, ceux-ci se montrèrent, dans 14,4 % des cas dans le délai de trois mois, dans 29,3 % dans le délai de six mois et dans 48,6 % dans le délai de deux ans après l'opération ».

Proportion des cas révélés ou aggravés.

En groupant l'ensemble des observations suffisamment explicites en un ordre différent de celui que nous avons suivi, il apparaît que l'intervention peut déclencher, avec une égale fréquence, aussi bien la première manifestation qu'un réveil de l'asthme. En effet, si aux opérations pratiquées sur le pharynx (cinq suivies de la première crise et une d'aggravation), succède plus volontiers un asthme incipiens, et — de peu — le contraire à celles exercées sur le nez (dix-huit débuts, vingt-et-un réveils ou aggravations), cela tient évidemment à ce qu'on intervient davantage sur le pharynx des enfants et sur le nez des adultes.

Nature des interventions.

En ce qui concerne celles-ci, le nombre de cas d'asthme que nous avons relevés, fussent-ils apparus après une intervention naso-pharyngée ou aggravés par elle, a été, pour les manœuvres portant sur :

le pharynx : 6

Adénectomie	2
Amygdalo-adénectomie	3
Amygdalectomie	1

le nez : 50

Ablation de polypes	17
Cornets (9 cautérisations, 2 turbinectomies)	11
Cloison (4 résections, 2 éperons, 1 cautérisation)	7
Interventions multiples	3
Insufflation de corps pulvérulents	3
Douche nasale (1 au sublimé)	2
Anesthésie locale	2
Réflexothérapie	2
Traumatisme accidentel	2
Corps étranger	1

Si l'on excepte la réflexothérapie, dont nous ne pouvons faire ici une récapitulation, il est digne de remarque que les interventions pratiquées de la façon la plus banale sont celles qui donnent le plus grand nombre absolu de mauvais résultats. Les polypes constituent la lésion la plus souvent observée chez les asthmatiques et il n'y a rien d'étonnant à les trouver ici prédominants. Quant à l'hypertrophie des cornets et à la déviation de la cloison, elles se présentent avec une telle fréquence chez tous les sujets, asthmatiques ou non, qu'on peut se demander si certaines des interventions pratiquées ne relèvent pas de la systématique. Quoi qu'il en soit, aucune d'entre elles ne semble revêtir un aspect spécialement néfaste en regard de l'asthme.

Délai d'apparition des crises.

Si nous portons notre attention sur le laps de temps qui sépare le traumatisme de la crise consécutive, nous trouvons, pour les rares cas où cette durée a été précisée, les chiffres suivants :

Immédiatement après l'intervention . . .	7 cas
Dans les vingt-quatre heures	5 —
Dans la semaine	2 —
Dans les semaines qui suivent	4 —

Donc, en gros, la réaction s'est produite, soit dans les vingt-quatre heures et de préférence à ce moment, soit au bout de quelques semaines.

Pronostic.

Immédiat.

Sous l'angle de la possibilité de la crise peu après l'intervention, M.-C. Tod conclut de sa statistique à la moindre fréquence des résultats défavorables chez les enfants, et c'est ce que semblent indiquer nos chiffres

plus modestes (intervention sur le pharynx six cas, sur le nez cinquante).

Sous l'angle de l'intensité de la crise déclenchée, le pronostic est immédiatement très variable, allant de la crise légère sans lendemain à l'état de mal frisant la mort; il est frappant de rencontrer les expressions de « crise intense », de « résultat dramatique » sous plusieurs plumes.

Secondaire.

Quant aux conséquence éloignées de ces interventions, elles sont des plus diverses. Les malades de SCHMIEGELOW ne présentaient d'état asthmatique que pendant les quelques jours succédant au facteur causal, les deux cas de BOURNE par traumatisme accidentel ont tout naturellement cédé à la suppression de leur cause, à la résection de la cloison déviée, et la plupart des accès réflexothérapiques faits à bon escient n'ont pas tenu devant les bénéfices ultérieurs.

Il y a eu des accidents dramatiques et des incidents bénins. On trouve ici encore le caprice, la variabilité évolutive de l'asthme : il s'amendera plus fréquemment chez les enfants, la chose est connue, et il semble — simple impression — que dans le cadre limité de nos observations le sexe masculin ait plus vite retrouvé son équilibre respiratoire.

APERÇUS PATHOGENIQUES

Nous ne développerons pas ici un chapitre de pathogénie. Nous voulons seulement rappeler quelques opinions et avancer quelques remarques.

Zone réflexogène.

La notion de lieu réflexogène électif est ancienne. Pour ne faire mention que de deux tendances, Torstensson a dirigé ses recherches sur l'espace cornet supérieur-cloison, et Burton Haseltine incrimine la région du cornet moyen.

Ceci nous approche du point d'action sur le ganglion sphéno-palatin, dont la zone elle-même est diffuse et l'intensité réflexe variable d'un sujet à l'autre. Mais nous sommes encore loin de la tache vasculaire et des amygdales, et, pour pousser la théorie plus avant, faut-il rappeler certaines modifications de l'asthme après appendicectomie ou d'autres opérations ? La prudence s'impose donc; en quelque endroit qu'agisse le spécialiste, et quelle que soit la technique employée, chaque point soumis à son action peut être réflexogène.

Importance de l'intervention.

Il faut en tenir compte pour expliquer quelques-uns des résultats fâcheux; en particulier, la multiplicité des interventions nasales ou leur trop grande accentuation

peuvent détruire ou supprimer une notable portion de la muqueuse, devenue insuffisante. Ne donnons toutefois pas trop d'importance à cette interprétation; elle vise un nombre de cas limité; pour se produire, les crises d'asthme n'exigent pas une grande mutilation de la muqueuse, il est de notion banale qu'une poussière suffit.

Essai d'interprétation générale.

Quoique beaucoup de causes puissent être invoquées pour ces complications opératoires, on peut tenter de dégager des explications valables dans un grand nombre de cas.

A propos des malades chez qui l'intervention a déterminé une mutation du coryza en asthme, Jacquelin et Chait, envisageant le terrain, rappellent l'idée des métastases diathésiques; considérant que le coryza spasmodique peut jouer le rôle d'un exutoire, comme certaines dermatoses, on conçoit l'apparition de crises asthmatique après l'amendement des troubles affectant les fosses nasales.

D'une façon plus générale, il est frappant (malgré le petit nombre des cas résumés au chapitre précédent) que la crise d'asthme survienne soit dans les vingt-quatre heures après le traumatisme, soit au bout de quelques semaines.

Dans le premier cas, le traumatisme est une cause déclenchante à la manière de beaucoup d'autres, mais particulièrement élective.

Dans le second, on pourrait considérer que la cicatrice joue le rôle d'une épine irritative, nouvellement créée chez les sujets vierges et s'ajoutant ou se substituant chez les asthmatiques avérés à celle qu'on a souhaité éliminer.

De toute façon, fût-il déclenchant ou irritatif, le

traumatisme ne constitue pas la cause de l'affection. Une intervention locale ne peut pas plus créer l'asthme qu'elle ne peut le guérir; elle ne s'adresse qu'à certains facteurs possibles et reste sans action sur le terrain.

DEDUCTIONS PRATIQUES

Essayons de tirer un enseignement des faits.

INDICATIONS DE L'INTERVENTION.

Plusieurs auteurs ont cherché à les préciser,

— soit d'une façon générale :

Certains, considérant la faible proportion de résultats défavorables, estiment qu'il y a toujours lieu d'intervenir, sans tenir compte de la possibilité des crises.

D'autres, comme STORM VAN LEEUWEN, conseillent au contraire « de n'intervenir que si l'opération ne peut être évitée ».

— soit en sélectionnant les cas :

Pour A. et Cl. FRANCIS, il ne faut pas enlever les polypes des asthmatiques sensibles à l'aspirine, surtout si leur tension artérielle est basse. Nous n'avons rien remarqué de tel; mais ces auteurs ont mis tant d'insistance sur ce point que, bien que les asthmatiques porteurs de polypes soient nombreux, et ceux sensibilisés à l'aspirine au moins autant, il est possible qu'il s'agisse, dans les observations invoquées, d'autre chose que de la superposition de ces deux inconvénients et deux observations inédites de F. CLAUDE, que nous avons reproduites, semblent apporter un appui à cette théorie.

L. LEROUX limite le débat : faisant la part de l'irrégularité de l'asthme, il ne reconnaît comme épine nasale irritative que l'ethmoïdite œdémateuse et la

polypose naso-sinusale; avec des spécialistes d'outre-Atlantique, il en préconise la cure radicale.

Prévention des accidents.

L'intervention décidée, plusieurs voix médicales conseillent un traitement général désensibilisant préalable; c'est une précaution que l'on prend, mais nous connaissons la fréquence de ses échecs et l'on n'a pas toujours le temps de la mettre en œuvre; elle peut être précieuse, encore faudrait-il faire des réserves quant à l'opportunité de corriger certaines manifestations « allergiques », cutanées par exemple, dont l'équivalence morbide est parfois salvatrice.

Nous pensons que :

Dans l'interrogatoire, les antécédents héréditaires et personnels du sujet, la pathologie de ses collatéraux, en ce qui concerne l'asthme ou ses équivalents, doivent être minutieusement précisés, ne serait-ce que pour insinuer éventuellement une réserve quant au résultat. Il faut, en outre, tenir compte des interventions déjà pratiquées, dans leur nature, leur étendue et leurs suites.

Dans l'examen, au cas où l'état d'un rhino-pharynx, considéré isolément, ne justifierait pas une intervention chez un bien-portant, il ne faut pas pratiquer celle-ci sous prétexte que le sujet est asthmatique ou atteint de coryza spasmodique et que la malformation peut être considérée comme épine irritative. Il ne s'agit pas de restreindre les indications opératoires, mais de les poser avec précision.

Dans l'intervention : si l'on peut être radical au cours de certaines opérations, comme l'élimination complète d'un foyer d'infection, il en est d'autres où, au

moins la première fois, une intervention trop complète constitue un risque supplémentaire; c'est parfois le cas des polypes; quant à la réflexothérapie, la prudence qui y est habituelle semble, ici encore, plus justifiée et il ne faut pas faillir à la règle de tâter la susceptibilité du sujet.

Malgré ces précautions, il y aura des déboires, ne serait-ce qu'en raison du caractère inévitable de certaines interventions, telle la nécessité d'établir une perméabilité nasale sensiblement normale, ou de l'élément imprévisible que fournit le sujet sans antécédents asthmatiques certains ou larvés.

CONCLUSIONS

1. — L'asthme, dont le traitement doit beaucoup aux interventions rhino-pharyngées, peut toutefois être révélé, réveillé ou aggravé par elles, de quelque nature qu'elles soient.

2. — Les manifestations asthmatiques survenues dans ces conditions sont relativement rares, mais sans doute moins qu'on ne le pense.

3. — Elles sont ordinairement passagères, bénignes et parfois suivies de résultats secondaires favorables. Cependant, dans des cas exceptionnels, elles peuvent présenter un caractère de haute gravité, comme le montre une de nos observations qui, par ailleurs, revêt un aspect presque expérimental.

4. — Qu'il s'agisse d'un traitement à visée purement locale ou d'une thérapeutique dirigée contre l'asthme, ces réactions sont le plus souvent imprévisibles chez les asthmatiques avérés ou suspects, *a fortiori* chez les autres sujets. Elles ne sauraient par conséquent modifier foncièrement les indications des interventions projetées. Cependant, en ce qui concerne les premiers de ces malades, elles appellent une certaine prudence de décision et de technique.

5. — Avant toute intervention rhino-pharyngée chez un sujet en puissance ou en possibilité d'asthme, il convient de se montrer réservé quant au pronostic des suites respiratoires.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
LEMAITRE

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY (M.). — Réflexothérapie nasale des troubles vago-sympathiques. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Système Végétatif*, 13, 515, p. 4.)

BOURGEOIS (Henri). — Les équivalents de l'asthme au niveau des voies aériennes supérieures. (*L'Asthme, Congrès International du Mont-Dore*, pp. 160-163.)

BOURNE (W.-A.). — Asthma as a sequel of nasal injury. (*British Medical Journal*, 29 avril 1939.)

CABRERA, CALDERIN (C.)*. — Traitement de l'asthme dû à des agents mécaniques ou toxiques. (*Cronica Medico-Quirurgica de la Habana*, 59 : 7-10, janvier 1933.)

CHAIT (R.-A.). — Etude clinique du facteur nasal dans la génèse et l'évolution de l'asthme. (*Thèse*, Paris, 1935.)

DAN MCKENZIE *. — (*Diseases of nose, throat and ear*, p. 319, 1927.)

DEBIDOUR (Antonin) in : JACQUELIN et CHAIT. — L'asthme et le nez. (*Annales d'Oto-Lar.*)

FRANCIS (Alexander)*. — Asthme in relation to the nose. (Londres, 1902.)

— The Francis treatment of asthma. (William Heinemann, Londres, 1932.)

FRANCIS (Clement). — The prognosis of operations for removal of nasal polypi in cases of asthma. (*The Practitioner*, 1929, pp. 272-278.)

GOTTLIEB *. — Relation of intranasal disease in the production of bronchial asthma, report of cases. (*The Journal of the American Medical Association*, LXXXV, pp. 105-108, 1925.)

DUNDAS GRANT (Sir James). — Nasal disease in relation to asthma. (*The Practitioner*, juin 1913, p. 922.)

HALPHEN et BAUDOIN. — Asthme infantile et anesthésie du sympathique nasal. (*Annales des Maladies de l'Oreille, du Larynx, du Nez et du Pharynx*, 1926, p. 196.)

HALPHEN (E.). — Les lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme. (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, 1932, p. 1089.)

— Les lésions nasales dans le déterminisme de l'asthme. (*L'Asthme, Congrès International du Mont-Dore*, p. 152.)

HANSEL (French K.) et CHANG (C.-S.). — Relation of allergy and tonsillectomy in children. Incidence of respiratory allergy in cases of routine tonsillectomy. (*Archives of Otolaryngology*, janvier 1940, p. 45.)

HASELTINE (Burton)*. — (*American Medicine*, XXXIV, pp. 328-337, 1925.)

HASELTINE (Burton). — The rhinological problem in asthma. (*Illinois Medical Journal*, décembre 1928, pp. 417-422.)

HOLLENDER (R.-R.)*. — Rhinologic surgery in relation to allergy. (*Diseases of the Eye, Ear, Nose and Throat*, I, pp. 260-264, septembre 1941.)

HURST (Arthur F.). — An adress on asthma. (*The Lancet*, 28 mai 1921, pp. 1113-1117.)

IKEDA (H.)*. — Asthma due to extensive conchotomy. (*Oto-Rhino-Laryngologia*, Tokyo, 10 : 701-702, août 1937.)

JACQUELIN (André) et CHAIT (A.). — L'asthme et le nez. (*Les Annales d'Oto-Laryngologie*, avril 1936, pp. 420-423.)

JACQUELIN (André) et CHAIT (R.-A.). — L'asthme et le nez. (*La Presse Médicale*, n° 30, 11 avril 1936.)

JACQUELIN (A.) et BONNET (G.). — Les rhino-trachéo-bronchites anaphylactiques descendantes asthmatogènes. (*Paris Médical*, 83 : 167-170, 20 février 1932.)

Kahn (Morris F.). — Nasal operations in bronchial asthma. (*The Journal of the American Medical Association*, LXXXII, pp. 536-537, 16 février 1924).

Leroux (L.) in : Jacquelin et Chait. — L'asthme et le nez. (*Annales d'Oto-Lar.*)

Leroux (L.). — L'épine nasale irritative de l'asthme existe-t-elle ? (*L'Hôpital*, 24 : 679-681, décembre 1936).

Lintz (W.-L.)*. — Lack of operative indications in asthma and other forms of allergy. (*American Surgery*, LXXIX, pp. 917-921, juin 1924.)

Moncorgé (Rémy). — L'asthme. (Vigot, 1928.)

Moore (G.-C.)*. — Complications and sequels of tonsillectomy in young children with allergy. (*Journal of Oklahoma State Medical Association*, 38 : 238-239, juin 1945).

Pasteur-Vallery-Radot, Blamoutier (Pierre) et Claude (François). — De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 47 : 416-419, séance du 13 mars 1931.)

Pinness (G.) et Miller (H.)*. — Allergy : a non surgical disease of the nose and throat. (*The Journal of the American Medical Association*, 85 : 339, 1er août 1925.)

— Allergy of the upper respiratory tract in infancy and childhood. (*The Journal of the American Medical Association*, 113 : 734, 26 août 1939.)

Schmiegelow (E.). — Asthma considered specially in relation to nasal disease. (Traduit du danois, Lewis, Londres, 1890.)

Sercer (A.) et Vuletic (V.-I.). — Le rôle du nez dans la génèse de l'asthme. (*Revue de Laryngologie, Otologie, Rhinologie*, novembre 1934, p. 1086.)

Storm van Leeuwen. — Vasomotor affections of the nose, and their relation to bronchial asthma. (*The Journal of Laryngology*, 48, n° 4, p. 238-251, avril 1933.)

THACKER NEVILLE in : STORM VAN LEEUWEN.

TOD (Margaret C.). — The results of operations on the nose and throat in cases of asthma. (*The Journal of Laryngology and Otology*, 1925, p. 582.)

TORSTENSSON (O.)*. — Nagra etiologiska och terapevtiska iakttagelser vid bronkial astma. (Eira, Stockholm, XV, pp. 579-589, 1891, traduit en anglais et en allemand.)

— Some etiological and therapeutic observations in connection with bronchial asthma. (*Edinburg Medical Journal*, XXXVIII, p. 630-639, 1892-1893.)

— Einige aetiologische und therapeutische Beobachtungen bei Bronchial-Asthma. (*Allg. Med. Centr. Zeitung*, Berlin, LXII, pp. 193-205, 1893.)

TROUSSEAU. — Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris. LVI : Asthme.

VALIN (J.). — Asthme et lésions nasales. (*Lyon Médical*, 161 : 49-51, 9 janvier 1938.)

— Asthme et lésions nasales. (*Annales d'Oto-Laryngologie*, 1938, p. 451.)

WALDBOTT (George L.). — Asthma due to local anesthetic. (*The Journal of the American Medical Association*, 3 décembre 1932, p. 1942.)

(Nous avons fait suivre d'un astérisque le nom des auteurs que nous n'avons pas pu consulter.)

TABLE DES MATIERES

PAGES

INTRODUCTION 11

HISTORIQUE 15

FAITS CLINIQUES 19

Asthme de première manifestation 20

Asthme préexistant 30

COMMENTAIRES 37

APERCUS PATHOGENIQUES 41

DEDUCTIONS PRATIQUES 44

CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 51

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).